

F-09-08: Schadenanzeige Unfallversicherung



H A S E N C L E V E R + P A R T N E R
GmbH & Co.

Otto-Brenner-Str. 201
33604 Bielefeld
Tel.: (0521) 28 50 02
Fax: (0521) 28 50 04
E-Mail: info@hasenclever.de
Web: www.hasenclever.de

Versicherer

Name und Adresse des Versicherungsnehmers

Schaden-Nr. _____

Schadentag und -uhrzeit _____

Name und Anschrift des Versicherungsnehmers

Vor- und Zuname des versicherten Verletzten

Stand oder Beruf

Geburtsdatum des Verletzten

Wohnort, Straße, Haus-Nr.

Konto bei Bank/Sparkasse

Bankleitzahl

Kontonummer

Wann ereignete sich der Unfall?

Datum

Uhrzeit

Wo und bei welcher Beschäftigung oder Gelegenheit hat der
Versicherte den Unfall erlitten?

Wodurch ist der Unfall verursacht worden? Ausführl. Schilderung.

Welche Personen können als Augenzeugen des Vorfalls
angegeben werden? Name und Anschrift

Welche Verletzungen hat der Versicherte erlitten?

Hat der Unfall Arbeitsunfähigkeit des Versicherten zur Folge
gehabt? Wenn ja, inwieweit?

Hat sich der Unfall ereignet bei Benutzung eines Kraftfahrzeuges?

ja

nein

Wenn ja, Art des benutzten - versicherten - Fahrzeuges

Amtliches Kennzeichen

Lenker des benutzten - versicherten - Fahrzeuges
Vor- und Zuname, genaue Anschrift, Geb. Datum

Führerschein des Lenkers

Klasse

ausgestellt am

durch

Wurde der Vorfall polizeilich aufgenommen?
Falls ja, durch welche Polizeidienststelle?

ja

nein

Wurde von dem Lenker des benutzten - versicherten -
Fahrzeuges eine Blutprobe entnommen?

ja

nein

Ergebnis?

Wie viele und welche Personen befanden sich zur Unfallzeit in
bzw. auf dem Kraftfahrzeug? _____

An welchem Tage hat sich der Verletzte in ärztliche
Behandlung begeben? _____

Welcher Arzt übernahm die Erstbehandlung? _____

Falls stationäre Krankenhausaufnahme, Anschrift _____

Aufenthaltsdauer? _____

Name und Anschrift des weiterbehandelnden Arztes _____

Welchen Arzt oder welche Ärzte hat der Versicherte in den
letzten Jahren vor dem Unfall zu Rate gezogen?
Aus welcher Veranlassung und wann ist dies geschehen? _____

Ist der Verletzte noch bei einer anderen Gesellschaft gegen
Unfälle versichert? Bei welcher und wie hoch?
Versicherungsschein-Nr. _____

Hat der Versicherte früher Unfälle erlitten? Wenn ja, welche? _____

Besteht bei einer Krankenkasse oder einer Berufsgenossenschaft
Versicherungsschutz? Genaue Anschrift erbeten. _____

Ich erkläre hierdurch, dass ich die vorstehenden Angaben nach bestem Wissen gemacht habe. Gleichzeitig ermächtige ich die von der Gesellschaft evt. befragten Ärzte zur Auskunftserteilung über mich. Jeden Arztwechsel werde ich unverzüglich anzeigen.

Ort/Datum _____ Unterschrift des Versicherungsnehmers _____

Unterschrift des Verletzten _____

Von der Vertretung auszufüllen!

Letzter Beitrag gezahlt am _____ Euro _____

sonstige Bemerkungen _____

Bitte vom Krankenhaus/Arzt bestätigen lassen, sofern Krankenhaustagegeld oder Tagesgeld versichert gilt.

Versicherungsscheinnummer _____ Unfallschadensnummer _____

Bestätigung über Arbeitsunfähigkeit und/oder stationären Krankenhausaufenthalt

Name _____ Vorname _____ Geb.-Datum _____

PLZ _____ Ort _____ Straße _____

war wegen der Folgen des Unfalls vom _____

DIAGNOSE _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

in stationärer Behandlung vom _____ bis _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____

arbeitsunfähig vom _____ bis _____ zu % _____

Datum _____ Stempel/Unterschrift des Arztes _____